QUARANTE-CINQUIÈME ANNÉE

LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

Paraissant le Vendredi matin

REDACTEUR EN CHEF

LE Dr A. CHEVALLEREAU

MÉDECIN DE LA CLINIQUE NATIONALE DES QUINZE-VINGTS

COMITÉ DE RÉDACTION : MM.

BARBE, ancien interne des hôpitaux. — **PAUL BERGER,** chirurgien de la Pitié, professeur à la Faculté de médecine **BOTTENTUIT,** médecin consultant aux eaux de Plombières. — **CORLIEU,** bibliothécaire honoraire à la Faculté de médecine **E. DESCHAMPS,** ancien chef de clinique à la Faculté. —**DESNOS**, ancien interne des hôpitaux. — **Ern. GAUCHER,** médecin des hôpitaux **JUMON**. — **VALLON,** médecin de l'asile de Villejuif. — **VERCHÈRE,** chirurgien de l'infirmerie de Saint-Lazare.

1898

PARIS

9, rue des Pyramides, 9

1898

BOSTON MEDICAL
MAR 27 1899
LIBRARY.

CATALOGUED
MAR 27 1899
E. H. B.

45e Année. — N° 1. Vendredi 7 Janvier 1898.

LA FRANCE MÉDICALE

4794
BULLETIN MÉDICAL
MAR 27 1899
LIBRARY

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Premier Paris, 1. — **Clinique médicale** : Entérite muco-membraneuse avec lithiase intestinale. Fièvre typhoïde intercurrente. Hémorragies profuses. Double vérification par le sérodiagnostic, par le Dr A. Dauchez, 2. — **Clinique chirurgicale** : A propopos du traitement chirurgical du goitre exophthalmique, par M. Jaboulay (de Lyon), 4. — **Bibliographie** : Clinique de prothèse dentaire, par P. Martinier, 6. — **Revue de la presse** : Traitement chirurgical de l'otite moyenne sèche, 6. — **Académie de médecine** : *Séance du 4 janvier* 1898. Présidence de MM. Caventou et Jaccoud. — Sur la transmission et la propagation des excitations pathologiques dans le système nerveux, 6. — Parasitisme accidentel, 7. — **Société médicale du VIe arrondissement** : *Séance du* 31 *mai* 1897. Présidence de M. Dromain, 7. — **Société de chirurgie** : *Séance du 5 janvier* 1898. Présidence de M. E. Delens. — Sarcome du vagin, 9. — Ulcères perforants du duodénum, 9. — Corps étranger. Epingle dans le genou, 9. — Pince à écrasement, 9. — **XIIe Congrès international de médecine**, *tenu à Moscou du* 19 *au* 26 *août* 1897 (*suite*). — Traitement chirurgical de la tuberculose primitive du testicule, 10. — Du pouls du cycliste, 10. — Para-hérédo-syphilis de 2e génération, 10. — De l'emploi des bougies en gomme pour combattre les affections catarrhales chroniques de la trompe et de la caisse, 10. — **Congrès français de chirurgie** : (11e *session*, *tenue à Paris du* 18 *au* 23 *octobre* 1897 (*suite*). — De l'hystérectomie abdominale totale comme temps préliminaire de l'extirpation des kystes papillaires intraligamentaires, 12. — Des relations de l'appendicite et des affections des annexes, 13. — **Variétés** : Les Sociétés de secours mutuels, 13. — **Corespondance** : Une nouvelle conséquence de l'affaire Laporte, 13. — **Nouvelles**, 14.

Paris, le 6 janvier 1898.

Mon cher confrère, je vous souhaite une bonne année. Je souhaite que les malades vous arrivent nombreux, agréables à soigner et qu'ils honorent de façon convenable votre science et votre dévouement. Je souhaite que les médecins de votre voisinage aient pour vous les sentiments de courtoise et cordiale confraternité que vous éprouvez certainement vous-même, et que cette union vous aide à supporter le fardeau parfois pénible de la profession médicale. Je souhaite que les pharmaciens soient pour vous des auxiliaires savants, habiles et consciencieux, qu'ils exécutent avec une scrupuleuse honnêteté vos ordonnances et que les médicaments fournis ne vous fassent jamais éprouver de déceptions cruelles. Je souhaite que l'Administration, à laquelle vous rendez certainement des services, en soignant gratuitement ou à peu près de nombreux malades de toutes catégories, sache reconnaître ces services et que, si vous aimez ces babioles, elle orne votre boutonnière ou du vert poireau, ou des palmes violettes, ou mieux encore de ce ruban rouge qui provoque parmi nous tant de convoitises et tant d'insomnies.

Je souhaite en somme, mon cher confrère, que l'année nouvelle soit meilleure que celle qui l'a précédée. Les commerçants trouvent toujours que les affaires périclitent et les paysans ne sont jamais contents de l'état de leurs récoltes ; presque tous les médecins que l'on rencontre actuellement se sont enrolés dans cette énorme phalange des mécontents. Il faut bien reconnaître que ce n'est pas sans raison ; notre nombre ne baisse point et au contraire le nombre des malades diminue sans cesse. Quelques maladies menacent de disparaître : par exemple les épidémies de fièvre typhoïde se font rares et les hygiénistes sont en train de rayer la variole du cadre de la pathologie. Est-ce bien aux progrès de l'hygiène que nous devons cette diminution du nombre des malades ? La chose paraît tout à fait probable et cependant de très bons esprits se permettent d'en douter. Il y a bien des villages dans lesquels les conditions hygiéniques sont restées exactement les mêmes qu'il y a vingt ans, et cependant quelques maladies autrefois fréquentes n'y sont presque plus observées. Un très sagace médecin des Deux-Sèvres, le Dr Prouhet, admirablement documenté sur l'histoire de la vie dans son canton depuis plusieurs siècles, me faisait part récemment de cette idée originale : c'est surtout depuis l'apparition ou le retour de la grippe dans notre pays que la santé générale s'est ainsi profondément modifiée. N'y a-t-il là aucun rapport de cause à effet et la grippe, en exerçant son influence partout et d'une façon si intense, n'a-t-elle pas contribué à bouleverser profondément notre constitution médicale ?

Ce qui est certain, mon cher confrère, c'est que la plupart d'entre nous voient moins de malades qu'autrefois. Il y aura toujours des heureux dans ce monde et des médecins qui, joignant à une science réelle et à une douceur appréciée un physique agréable et une parole persuasive, sauront attirer et retenir la foule des malades et grossir de plus en plus leur clientèle ; mais le plus grand nombre des médecins souffrent réellement. Les causes de ces souffrances sont aussi nombreuses que connues. En outre de la diminution du nombre des malades, il y a surtout la diminution du

nombre des payants. Les sociétés de secours mutuels sont pour beaucoup d'entre nous une lourde charge ; vous trouverez plus loin une circulaire du ministre de l'Intérieur qui pourrait porter remède à quelques abus, mais on sait combien passent vite les ministres et leurs paroles. Les consultations gratuites que les malades peuvent trouver partout, dans les hôpitaux, dans les cliniques, nous font plus de mal encore ; malheureusement on aggrave ce mal en créant de plus en plus dans les hôpitaux des places de malades payants, payant un prix dérisoire, à nos frais bien entendu. Il y a les nombreux prospectus qui arrivent dans toutes les classes de la société et apprennent aux gens ébahis les noms et les vertus des médicaments spéciaux avec lesquels ils peuvent se soigner eux-mêmes de toutes les maladies et se guérir à coup sûr. Il y a les nombreuses causeries médicales publiées dans les journaux politiques et qui tendent au même but. Ah! la presse.

Nous n'en finirions point, mon cher confrère, si nous voulions nous entretenir de toutes les raisons qui font que la profession médicale est actuellement dans une situation critique. Il est peut-être plus philosophique de se consoler en se disant que cette crise sévit également sur bien d'autres choses et qu'en somme, avec du courage et l'amour de son métier, on arrive, même en médecine, à ne pas mourir de faim. Pour cela, il est vrai, il ne faut pas seulement du courage : il faut une bonne santé physique qui permette de supporter bien des fatigues peu rénumérées ; il faut une bonne santé intellectuelle qui nous mette au-dessus de bien des ingratitudes et de bien des vilenies. Je vous souhaite de réunir en vous les nombreuses qualités matérielles et morales qui deviendront de plus en plus indispensables pour réussir en médecine ; je souhaite surtout qu'elles vous rapportent honneur et profit. Mon cher confrère, je vous souhaite une bonne année.

A. CHEVALLEREAU.

CLINIQUE MÉDICALE

Entérite muco-membraneuse avec lithiase intestinale. — Fièvre typhoïde intercurrente. — Hémorragies profuses. — Double vérification par le sérodiagnostic.

Par le Dr H. DAUCHEZ.
ancien chef de clinique adjoint de la Faculté.
Avec la collaboration de M. le professeur VAILLARD
(du Val-de-grâce.)

L'étude nosologique des entérites est entrée dans une phase nouvelle depuis les recherches récentes de Widal, Gruber, Chantemesse, Dieulafoy, Achard, Lemoine, Siredey, Menetrier, Nicolle, Halipré, Courmont sur le sérodiagnostic des affections spécifiques de l'intestin (fièvre typhoïde, choléra). — Ces recherches, résumées dans la remarquable thèse du Dr Bensaude (Paris 1897) et complétées depuis par Lesage (1), en ce qui concerne les entérites infantiles, jettent un jour tout nouveau sur l'histoire nosologique des entérites microbiennes, et sur la colibacillose du premier âge en particulier.

Dans l'observation que nous rapportons ici, nous voyons plusieurs entérites d'espèces différentes se succéder, se greffer l'une sur l'autre. Au cours d'une entérite muco-membraneuse avec production de sable intestinal, nous assistons pendant vingt huit jours à un long entracte pendant lequel le malade présente une fièvre continue, de violentes hémorragies intestinales, sans taches rosées lenticulaires, sans diarrhée ni ballonnement du ventre, sans stupeur.

S'agissait-il d'une dothiénentérie greffée sur l'entérite muco-membraneuse? Nous l'admettrions volontiers en raison de la période d'incubation (15 jours) qui précéda la pyrexie, de la fièvre continue, des hémorragies intestinales, du cycle thermique (28 jours) et surtout du sérodiagnostic dans lequel le sérum sanguin du malade agglutina les bacilles d'Eberth d'une culture de M. le professeur Vaillard.

Il est en effet actuellement démontré que dans 95 p. 100 des cas, le sérodiagnostic permet d'affirmer le diagnostic des formes frustes de fièvre typhoïde. Pour fortifier notre opinion, nous avions recueilli le pus d'abcès développés au cours de la pyrexie, au lieu même ou nous avions pratiqué des injections de sérum artificiel stérilisé. — Le pus recueilli aseptiquement, ne renfermait que du staphylocoque sous bacille d'Eberth. — Et la séroréaction sur culture d'Eberth ne put être obtenue, grâce au zèle intempestif du garçon de laboratoire qui jeta le pus et le sable intestinal adressés simultanément à M. le professeur Vaillard le 15 novembre dernier.

Néanmoins cette observation nous paraît présenter un réel intérêt en montrant la possibilité de distinguer l'une de l'autre les deux entérites greffées sur le même patient.

OBSERVATION (personnelle). — M. G..., lieutenant d'infanterie à Saint-Quentin, âgé de 32 ans a déjà eu deux poussées d'entérites depuis 15 à 16 ans. La première en date (1885) s'est produite à Toul, a duré trois semaines et s'est accompagnée de plusieurs hémorragies intestinales traitées par M. le Dr Carriez, médecin major.

Cette entérite aurait succédé à un violent surmenage (grandes manœuvres).

De 1885 à 1896, M. G... n'a plus rien présenté d'anormal, sauf quelques alternatives de constipation et de diarrhée qui n'ont jamais entravé son service.

Au mois de décembre 1896, après de grandes fatigues, M. G... est repris de diarrhées, de crises douloureuses, et d'autres phénomènes douloureux qui font craindre à M. le

(1) Communication à la Société médicale du VIe arrondissement.

(1) Lesage. *Sérodiagnostic des entérites infantiles* (Soc. Biologie, octobre 1897).

professeur Richard, du Val-de-Grâce, une poussée de péritonite tuberculeuse malgré l'absence de tout phénomène thoracique.

Ces accidents persistent en janvier, février, mars et avril 1897, époque à laquelle M. le professeur Vaillard prend la succession de M. le professeur Richard. Vers la même époque, M. G... rendait une véritable débâcle de sable intestinal dont quelques agglomérats du volume d'une noisette furent expulsés sans aucune douleur. Chacun d'eux était constitué par des phosphates calciques, du carbonate de chaux, des matières organiques et minérales diverses, etc.

D'ailleurs aucune hémorrhagie ne survint au Val-de-Grâce. Les caractères des selles, pendant ce long séjour, consistaient en expulsion de produits membraneux dont l'abondance croissait chaque semaine en proportion de la constipation.

Examiné en ville par M. le professeur Potain, M. G... est reconnu atteint d'entérite muco-membraneuse avec lithiase intestinale.

Pendant trois mois (de mai à juillet 1897), M. G... reprit sa vie habituelle et partit vers le 5 août pour Plombières où le Dr de Langenhagen lui donna ses soins.

Parti de Plombières en septembre dernier, M. G... passa par la Suisse et l'Italie du Nord lorsqu'en rentrant en France par la rivière de Gênes, il fut pris d'une diarrhée dysentériforme, sanguinolente, sans ténesme toutefois qui l'obligea à s'arrêter à Nice.

Traité vingt-quatre heures par un confrère de l'armée, il arrive le 17 septembre à Toulon où il passe deux jours à l'hôpital militaire (lavements avec extr. de ratanhia).

Enfin le 19 ou 20 septembre il arrive à Paris. C'est alors que je puis l'observer.

M. G... est très abattu, il a de la diarrhée, mais il souffre peu du ventre et n'a pas de fièvre du 25 septembre au 3 octobre.

Pendant ces huit jours il n'existe que des troubles gastro-intestinaux (vomissements bilieux, crampes, langue saburrale) que la morphine en potion et quelques purgatifs salins parviennent à modérer.

Le 4 octobre, au moment où tout paraissait bien aller, la fièvre s'allume en même temps qu'apparaissent des signes évidents d'entéro-colite infectieuse très manifestes (faciès, grippé, douleur sur le trajet du colon, fièvre oscillant entre 38 et 39°, diarrhée fétide, sans débris membraneux, ventre plat, sans taches rosées lenticulaires.

Pas d'albumine. Rien au cœur. L'auscultation reste silencieuse.

Les choses en étaient là lorsque, le 10 octobre, nous sommes frappés dans la matinée de l'aspect cholériforme de M. G.

Effectivement dans la nuit suivante, du 10 au 11 octobre, sans cause occasionnelle, sans imprudence, une hémorrhagie intestinale des plus abondantes éclate brusquement.

Nous trouvons, à 1 heure du matin, plus de 800 grammes de sang dans le vase de nuit. Le pouls est faible, oscillant, la température était tombée à 36°,6. — (Glace, opium ou morphine). Le malade à vomi la potion au perchlorure de fer que nous lui prescrivions.

Le 11 octobre, à 7 heures, deuxième hémorrhagie intestinales (850 gr.).

Le 11 octobre, à 10 heures, malgré l'opium (laudanum) troisième hémorrhagie intestinale (750 gr.).

Le 11 octobre, à 2 heures du soir, quatrième et dernière hémorrhagie intestinale (500 gr.).

En moins de vingt-quatre heures le malade avait donc rendu près de trois bassins plats de sang mélangé de caillots (3 litres environ).

Pas d'hémorroïdes.

Notre excellent maître, M. le Dr Ferrand, appelé en consultation, fut peu favorable à l'idée de fièvre typhoïde, en raison des précédentes attaques de colite muco-membraneuse, de l'absence des taches et de la conservation de l'état intellectuel.

L'absence de gâteaux, placards ou brides péritonéales, l'intégrité des poumons et les caractères paroxystiques de la diarrhée dysentériforme excluaient l'idée de péritonite tuberculeuse.

L'embolie des artères mésentériques nous parut peu acceptable vu l'intégrité du cœur (1).

Bref nous ne croyons pouvoir conclure qu'à une entérite infectieuse évoluant sur un terrain prédisposé par l'entérite muco-membraneuse.

Du 10 au 20 octobre, M. G... fut soumis à la glace intus et extra, à l'opium, et au régime.

La température, abaissée par l'hémorragie, remonta dès le 11 octobre à 39° et 39°,6, en même temps que reparaissait la constipation liée à l'atonie intestinale et à l'opium. Les choses en étaient là lorsque le 22 octobre apparut sous l'influence d'un léger purgatif huileux une débâcle de sable rouge brique sans calculs ni débris membraneux. Ce sable lavé et recueilli (12 à 15 grammes environ) fut porté au Val-de-Grâce ou malheureusement il fut égaré. Mais en avril le malade en avait déjà rendu. La composition chimique fut alors définie. (Phosphates calciques, etc.)

Du 20 au 22 octobre la température oscille entre 38° et 39°,5. Elle remonte dès que la constipation reparaît.

Le 24, 25, 26 et 27 octobre, la constipation reparaît avec le météorisme abdominal. De nouveau l'huile de ricin favorise l'évacuation de 25 à 30 grammes de sable intestinal.

Du 27 au 31 octobre, malgré le sulfate de quinine à haute dose, la température reste stationnaire à 39° environ. Pas de tâches rosées lenticulaires. Pas d'albumine dans les urines. Pas de stupeur. La langue est saburrale, humide.

Malgré ces signes négatifs et en présence de cette persistance de la fièvre nous tentons l'épreuve du séro diagnostic dont M. le professeur Vaillard veut bien nous communiquer les résultats dans les termes suivants le 30 octobre :

« M. le professeur Vaillard constate que les cultures de bacille typhique traité par le sang de M. G... se sont agglutinés très nettement, mais en partie seulement. »

Le 31 octobre, apparition de deux abcès de chaque côté de l'épigastre. Ces abcès développés au lieu même des injections de sérum artificiel pratiquées au moment des hémorragies sont indolents. La température reste à 38°,2 le matin et 38°,6 le soir.

(1) Cf. à la *Rev. gén. de clinique et thérapeutique* (23 oct. 1897) où se trouve relatée une observation d'embolie de l'artère mésentérique supérieure (n° 43, p. 683) par Karcher (de Bâle) avec hémorrhagies intestinales profuses

Les 1er, 2 et 3 novembre, mêmes températures vespérales dues aux abcès que nous ouvrons seulement le 6 novembre et renfermant chacun 30 à 40 grammes de pus à staphylocoque pur (Vaillard et A. Marie). Pas de tâches rosées lenticulaires. La constipation persiste. Chaque nouvelle dose d'huile de ricin amène un abaissement de température et l'expulsion de faibles quantités de sable.

Déjà depuis le 6 novembre la température était tombée presque à la normale.

Aujourd'hui 29 novembre le malade se lève, ses abcès sont guéris, cicatrisés; seule la constipation persiste et chaque débâcle ramène encore quelques traces de sable.

N.-B. — 2 décembre. — Au moment de clore cette observation, nous recevons de M. le professeur Vaillard une note nous apprenant que « la petite quantité de sang « recueillie à la pipette le 28 novembre sur M. G..., a fait « preuve comme la précédente d'une réelle propriété agglu- « tinante en présence d'une culture d'Eberth. Cette pro- « priété sans être considérable était suffisante cependant « pour qu'il ne soit permis d'émettre aucun doute à son « sujet. » Du 6 au 8 décembre, poussées de périostite d'origine infectieuse (typhique) sur le radius gauche et le tibia droit.

Réflexions. — L'observation que nous rapportons ici vient donner son appoint aux théories des auteurs qui ont étudié cette singulière affection et notamment de MM. Swen-Akerlund, Mathieu, Richard, Oddo, Dieulafoy et Vaillard relativement à la pathogénie de l'entérite muco-membraneuse.

Nous y retrouvons en effet réunis les deux éléments principaux de cette forme d'entérite, d'une part le sable, d'autre part la fausse membrane, souvent aussi la douleur intestinale sur les caractères de laquelle nous reviendrons, et qui parfois simule l'appendicite (Dieulafoy) ou la colique hépatique.

Comme dans les observations déjà citées, notre malade rendait du sable fin, rouge, mélangé aux matières fécales, devenant gris cendré et se réduisant avec le temps.

La composition clinique différait peu des analyses déjà connues. En avril 1897, on y avait décelé des phosphates tricalciques, de carbonate de chaux, associés à des matières organiques et minérales. Pas une fois cependant on ne trouva de grains volumineux ni de calculs.

Notons en passant que le sable intestinal analogue aux concrétions appendiculaires, comparable à celles de l'amygdale, diffère totalement des calculs biliaires qui ne renferment point de phosphates mais surtout de la bile, de la cholestérine, etc.

D'après Swen-Akerlund les cristaux de phosphates calciques seraient intimement mélangés, disons mieux incorporés, à des détritus épithéliaux, à du mucus constituant aussi la trame de la fausse membrane. Une inflammation spécifique des glandes et du revêtement épithélial serait donc le facteur principal de la nécrobiose épithéliale et de la néoformation.

Nous avons dit plus haut en quoi l'accès douloureux de l'entérite muco-membraneuse différait de la colique hépatique, de par l'ictère qui manque, de par la composition chimique du sable, de par l'inutilité du traitement alcalin, alors au contraire que les purgatifs huileux combattent efficacement la constipation qu'accompagne parallèlement la lithiase intestinale.

Chacun sait combien le séro-diagnostic dans les formes frustes de fièvre continue, peut éclairer la clinique. Ici sans doute la fièvre cyclique, les hémorragies intestinales, pouvaient à la rigueur nous suffire, mais sans le séro-dignostic nous n'eussions rien pu affirmer.

Aujourd'hui ce nouveau mode d'investigation permet de diagnostiquer et différencer sans hésitation les trois grandes entérites infectieuses, à savoir la fièvre typhoïde, le choléra, et la colibacillose infectieuse aiguë avec fièvre, comme l'a démontré Lesage à la Société de Biologie (octobre 1897).

Nous ne pouvons pas ici résumer la thèse de Bensaude (1897) dont les planches donnent une si juste idée de ces phénomènes d'agglutination. Mais il importe de rappeler que l'épreuve de Widal peut encore servir à titre de séro-pronostic (P. Courmont de Lyon). D'après cet auteur en effet (Soc. Biolog. août 1897), dans les formes simples de la fièvre typhoïde, le pouvoir agglutinant s'élève rapidement, atteint son maximum vers la fin de la période d'état puis redescend. Dans les formes graves au contraire le pouvoir agglutinant est peu élevé, la courbe est oscillante, traînante, précocement descendante (40 cas).

D'une autre série d'expériences, il résulterait encore que la formation de substances agglutinantes chez les typhiques semble être surtout une réaction de défense dirigée contre l'agent pathogène lui-même pendant la période d'infection.

CLINIQUE CHIRURGICALE

A propos du traitement chirurgical du goître exophthalmique (1),

Par M. Jaboulay (de Lyon).

Lorsque j'ai proposé et pratiqué la section du sympathique cervical dans la maladie de Basedow, j'avais en vue les formes anciennes du goître exophthalmique qui s'étaient montrées rebelles aux méthodes classiques de traitement, soit médical, soit chirurgical. C'est ainsi que ma première malade avait suivi sans succès les médications bromurée, thyroïdienne ou hydrothérapique, et subi plusieurs interventions sur la glande thyroïde, dont les deux dernières avaient été la thyroïdectomie successive des deux lobes latéraux. L'insuffisance des opérations thyroïdiennes, plus encore que leur gravité, m'avait donc engagé à chercher ailleurs.

(1) Communication à la Société de médecine de Paris, séance du 24 novembre 1897.

L'expérience m'a démontré que la section du sympathique cervical est indiquée dans les deux formes cliniques principales du goître exophthalmique, la forme sans goître et la forme avec goître. Dans la première, la sympathicotomie cervicale est l'opération de choix, la seule qui devra être pratiquée. Est-il, en effet, rationnel d'enlever un lobe d'un corps thyroïde sain et non gonflé. Dans la seconde forme, c'est encore à la section du sympathique cervical qu'il faudra avoir recours; celle-ci fait rétrocéder les signes de la triade, en particulier le goître; elle diminue l'éréthisme vasculaire du cou; et s'il reste, après quelques semaines, une portion tuméfiée dans le corps thyroïde, on sera bien plus à l'aise pour l'enlever à ce moment, et cette opération secondaire sera rendue facile et exempte d'hémorrhagies par la première intervention qui aura préparé le terrain. Les effets de la sympathicotomie ne durent souvent que deux ou trois mois; au bout de ce temps, une suppléance s'établit par les courants sympathiques annexés au trijumeau et au pneumogastrique, et l'on peut observer des récidives; il faut donc profiter de l'accalmie qui suit cette section du sympathique pour ajouter cet autre élément important de la maladie : le goître, quand il existe.

Ainsi, section simple du sympathique dans la forme sans goitre, et section accompagnée d'une thyroïdectomie partielle en temps utile et sur un terrain préparé, dans la forme avec goître.

On a parlé des succès qui avaient été le résultat de l'énucléation intraglandulaire et de la thyroïdectomie partielle, et l'on a semblé croire que si j'avais sectionné le sympathique cervical c'était pour éviter une opération trop redoutable. Il s'agit de s'entendre : l'énucléation intraglandulaire est des plus faciles et des plus bénignes ; il ne se passe guère de semaine que je n'aie l'occasion de la pratiquer et pour des goîtres souvent énormes; cette opération ne demande que quelques minutes et souvent une simple anesthésie locale; la thyroïdectomie partielle pour être un peu plus longue n'est guère plus difficile : ce sont donc deux opérations courantes. Mais, j'ai dit que précisément cette thyroïdectomie avait été inefficace dans un de nos cas de maladie de Basedow; et d'autre part, l'énucléation intraglandulaire n'est guère de mise dans la vraie maladie de Basedow; cette maladie provoque, en effet, l'hypertrophie diffuse de la glande, et les noyaux qu'on y peut trouver sont antérieurs à l'installation de cette affection; aussi, les succès attribués à l'énucléation intraglandulaire doivent-ils se rapporter à de petits goîtres simples, à noyaux, qui ont été suivis secondairement des phénomènes Basedowiens, qu'il s'agisse de simple coïncidence ou de relation de cause à effet, et demandent-ils à être expliqués.

A propos des opérations sur la glande thyroïde, on me permettra de dire ici un mot de l'exothyropexie : cette opération n'est pas plus dangereuse que ses aînées, elle donne comme celles-ci une amélioration passagère dans la maladie de Basedow; mais ses indications principales lui sont fournies par le goître plongeant, suffocant, d'un côté, et de l'autre par l'hypertrophie thyroïdienne, diffuse, totale, des jeunes gens qui exigerait une ablation trop étendue et par cela même capable d'amener à sa suite le myxœdème.

On le voit donc : lorsqu'il faut opérer, et il ne faut le faire que dans les cas graves et rebelles, ce qu'il y a de mieux à faire aujourd'hui, c'est la section du sympathique cervical.

Cette section, comme toutes les sections de nerf, est suivie de phénomènes de dégénérescence nerveuse; l'étendue de celle-ci dans les bouts central et périphérique n'est pas encore connue, mais elle existe et fait comprendre que les résections totales de ce nerf, faites après moi, n'ont pas la supériorité ni l'utilité qu'on a cherché à leur attribuer. Croire que les deux bouts du sympathique sectionné vont vite se souder et se régénérer est une grosse erreur de physiologie-pathologique; j'ajoute que j'ai vu des malades opérés depuis plusieurs années qui présentaient toujours les signes de la paralysie du sympatique cervical. Quant à la valeur intrinsèque des deux opérations, section et résection du sympathique, je dirai — que l'une est plus délicate et demande plus d'habileté que l'autre : c'est la section : elle permet d'éviter les organes importants de la région carotidienne, que les délabrements de la résection sacrifient trop souvent. La resection au contraire est facile, d'autant plus facile qu'elle est plus étendue.

Quant à l'influence de la section du sympathique cervical sur la pupille, elle est la suivante : la pupille se resserre après elle, mais d'inégale façon, suivant que cette opération a été faite sur des épileptiques ou sur des goîtreux exophthalmiques.

Chez les épileptiques que j'ai opérés, la section du sympathique a produit un rétrécissement punctiforme de la pupille, qui a persisté, et qui, chez l'un de ces malades où la section avait été unilatérale, parce qu'il s'agissait de remédier à une malformation unilatérale, dure toujours depuis trois ans et demi. Ce rétrécissement pupillaire s'accompagne du recul du globe oculaire dans l'orbite et du resserrement palpébral. Et tout cela se fait en même temps que la vasodilatation oculaire provoquée par la sympathicotomie, et malgré elle. Aussi, pour le dire en passant, la théorie qui place l'exophtalmie sous la dépendance de la vasodilatation, ne doit-elle pas être acceptée sans réserve.

Chez les goîtreux exophthalmiques, le resserrement pupillaire est moins accusé, quoique constant et évident; il est aussi de moins longue durée, comme s'il s'établissait des suppléances sympathiques par les courants du trijumeau, comme si cette maladie de Basedow était la manifestation de l'excitation de la totalité des fibres sympathiques, non seulement de celles qui passent par la grande route du nerf de la vie végétative, mais aussi de celles qui s'échappent de la profondeur des centres nerveux, et empruntent pour se porter à la

périphérie, la voie de certains nerfs craniens, le trijumeau et le pneumogastrique.

BIBLIOGRAPHIE

Clinique de prothèse dentaire, par P. MARTINIER, professeur à l'Ecole dentaire de Paris. Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 1898.

Le présent volume est le cinquième de la collection du manuel du chirurgien dentiste. Ce volume intitulé Clinique de prothèse contient toutes les notions de prothèse dentaire, dont la connaissance est nécessaire aux chirurgiens dentistes depuis la nouvelle loi.

L'auteur a divisé son ouvrage en cinq parties :

La première comprend l'ensemble des opérations ayant trait à la prothèse dentaire qui se pratiquent dans le cabinet. L'auteur a fait en même temps l'étude des substances nécessaires pour ces opérations et les appareils.

L'orthopédie dentaire ou orthodontie forme la deuxième partie. Il s'agit ici d'une étude assez aride dans laquelle M. Martinier étudie successivement les lois fondamentales du redressement des dents, les différents moyens de les redresser, l'étude des appareils et des méthodes anciennes et nouvelles, le traitement des diverses difformités et anomalies.

La troisième partie est consacrée à la prothèse chirurgicale ou restauratrice des maxillaires de la face. Cette partie est subdivisée en plusieurs chapitres traitant des fractures des maxillaires, des appareils destinés à être appliqués immédiatement sur ces fractures, enfin de la prothèse tardive ou médiate du maxillaire supérieur, de la voute et du voile du palais, de la langue et du nez.

Ce volume très condensé sera très utile aux élèves qui y trouveront un exposé clair et rapide des divers travaux de la prothèse. E. J.

REVUE DE LA PRESSE

Traitement chirurgical de l'otite moyenne sèche. — Le Dr MOUNIER publie dans les *Archives internationales de laryngologie* un travail dont voici les conclusions :

1° Il y a lieu d'intervenir chirurgicalement chez certains scléreux ; c'est le seul moyen d'améliorer leur acuité auditive et de faire disparaître ou du moins d'atténuer les bruits subjectifs qui ne leur laissent aucun repos.

2° Si dans certains cas la section de brides cicatricielles ou de tendons rétractés est suffisante pour obtenir le résultat cherché, le plus souvent l'ablation complète du tympan et des deux gros osselets est le procédé de choix.

3° La résection de la partie de la paroi postéro-supérieure du conduit qui gêne la vue de l'étrier, dans la majorité des cas, peut être pratiquée par le conduit sans décollement préalable du pavillon au moyen de notre *protecteur gouge*, toutes les fois que le conduit auditif est normal comme largeur.

4° Par cette intervention entièrement endo-auriculaire, l'opéré n'est pas immobilisé plus de quarante-huit heures et peut reprendre ses occupations avec un simple pansement dans le conduit.

5° Il est de toute nécessité que le malade puisse être suivi par l'opérateur pendant plusieurs semaines, pour surveiller et diriger la cicatrisation de l'extrémité profonde du conduit.

6° L'audition pour la voix parlée, chez les malades opérés, augmente souvent dans une proportion considérable, qui est en moyenne de 1 à 4.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 janvier 1898.
Présidence de MM. CAVENTOU et JACCOUD.

La CORRESPONDANCE comprend une lettre de M. le Dr Durand, de Marseillan (Hérault), rapportant un cas de grossesse précoce avec accouchement prématuré chez une jeune fille de douze ans et demi. Le père de l'enfant avait seize ans et demi.

M. CAVENTOU, président sortant, résume les travaux de l'Académie pendant l'année dernière.

M. JACCOUD, président, dans un merveilleux discours écouté dans une sorte d'extase par l'Académie tout entière, remercie l'Académie de l'avoir élevé à la présidence et rend hommage aux membres de l'ancien bureau, M. Caventou, président, M. Bergeron, secrétaire perpétuel et M. Cadet de Gassicourt, secrétaire annuel.

Sur la transmission et la propagation des excitations pathologiques dans le système nerveux. — M. le prof. BENEDIKT (de Vienne) insiste d'abord sur deux lois fondamentales bio-mécaniques.

La première est celle-ci : la nature arrive au maximum d'effet et à la plus grande perfection, par un minimum d'énergie, dans un minimum de temps, avec le minimum de la matière la plus apte et sous la forme la plus favorable quant au but fonctionnel.

La seconde loi pourrait être appelée : loi du luxe anatomique et fonctionnel, c'est-à-dire qu'il y a surabondance de matière et d'énergie des organes et des organismes, en faveur de la vie. Les organes ne fonctionnent cependant à l'ordinaire qu'avec un minimum des énergies latentes, de matière et de volume.

Une troisième loi est celle de la corrélation de l'influence naturelle qu'exercent les différents organes sur leurs conditions de vie et leur évolution réciproque. Il va sans dire que nous ne connaissons malheureusement pas encore tous les mécanismes complexes de cette dépendance d'un organe vis-à-vis d'un autre. Un exemple tout particulier est celui de la réciprocité qui existe entre le développement du crâne et celui du cerveau, ou entre les organes internes et leurs téguments.

Il faut admettre que le même mécanisme, déjà préexistant à l'état normal, pour la dépense matérielle des organes, peut être mis en action aussitôt qu'une excitation physiologique est remplacée par une autre, mais d'ordre pathologique.

La loi qui régit la transmission des excitations nerveuses de tout ordre, ou « loi de consonance », est déjà universellement admise pour les sensations optiques et acoustiques. Chaque fibre nerveuse n'est bonne conductrice que pour des excitations spécifiques, tandis qu'elle oppose une grande résistance à des excitations d'un ordre différent. Pendant que les irritations physiologiques ne suivent, pour ainsi dire, que des sentiers battus, celles d'ordre pathologique peuvent, en outre, être transmises par des voies impraticables et insolites pour les premières. Les consonances les plus variées sont mises en jeu selon le siège et la nature du processus pathologique; de sorte qu'une fois c'est la provocation exclusive des douleurs, une autre fois des convulsions et des sensations vagues qui suivent les irritations d'un nerf sensitif. On ne peut pas nier que les irritations morbides soient aussi transmises dans le double sens ordinaire.

De tout cela, il ressort que les consonances morbides sont plus compliquées que celles de nature physiologique.

L'excitation pathologique peut se propager sous trois formes : 1° Propagation fonctionnelle identique aux excitations physiologiques; 2° Propagation sous la forme d'une lésion anatomique ; celle-ci peut être de même nature que la lésion primaire ; ou bien 3° elle en diffère, comme dans les affections dues aux néoplasmes.

Le phénomène le plus important de la névrologie consiste dans la propagation par sauts du processus secondaire, par « diffusion incohérente », comme dit M. Benedikt. Cette diffusion est encore plus irrégulière, plus incohérente dans les néoplasmes que dans les dégénérescences diffuses.

Les systèmes organiques dégénérés secondairement n'ont pas nécessairement des corrélations physiologiques, ce qui est à l'heure actuelle généralement supposé. Cette supposition est devenue la source d'erreurs fondamentales, cliniques, physiologiques et histologiques.

Comme conséquence de la diffusion incohérente des lésions secondaires, il faut poursuivre la séparation et la localisation des différents symptômes et syndromes et créer de nouvelles lois de diagnostic de diffusion.

Parasitisme accidentel. — M. Laboulbène. Les cas de parasitisme accidentel présentent fréquemment des lacunes d'observation. L'observation actuelle ne mérite pas ce reproche.

Le Dr Dubois, de Melun, m'écrivait le 5 novembre dernier relativement à un de ses malades qui avait rejeté à cette date un animal et avait depuis ce moment des vomissements incessants. Le Dr Dubois s'était assuré que l'animal avait bien été recueilli dans les matières vomies. Ce parasite était la crevette d'eau douce, animal singulier, crustacé amphipode; trois de ces animaux avaient été recueillis dans les matières vomies. Ces animaux s'agitaient sur une feuille de papier et produisaient même de petits bonds. Le 15 ou 16 novembre, le Dr Dubois m'écrivait que le malade avait continué à vomir quelque temps et avait eu des coliques extrêmement violentes, il avait rendu à nouveau de ces crustacés. Il n'y avait pas de supercherie possible.

Le malade buvait de l'eau d'un puits assez profond situé dans la cour de sa maison ; il avait bu également de l'eau de Seine. Actuellement il va aussi bien que possible.

M. Milne Edwards, qui a examiné le parasite, l'a également rapporté au gammarus pulex.

Un fait à peu près analogue est signalé par Van Beneden comme s'étant passé en Allemagne, mais ce fait offrait moins d'authenticité que l'observation actuelle.

— A 4 h. 1/4, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Roux sur les candidats dans la section des associés libres. Les candidats sont présentés dans l'ordre suivant :

En première ligne, M. Périer (de l'Institut) ; en deuxième ligne, M. Paul Richer; en troisième ligne *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Commenge, Corlieu, Galippe et Rivière. Adjoint par l'Académie, M. Galezowski.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU VIe ARRONDISSEMENT

Séance du 31 *mai* 1897. — *Présidence de* M. Dromain.

M. le Président constate l'attachement que M. Machelard montre à notre Société en venant encore, sans en craindre la fatigue, assister à ses séances.

M. Machelard remercie de l'intérêt qui lui est témoigné.

MM. Boissier et Valude se sont excusés par lettre de ne pouvoir assister à la séance.

M. le Président rappelle que MM. Babinski, Beurnier et Nattier ont confirmé leur démission de membres de la Société. Malgré les démarches particulières déjà faites sans succès pour faire revenir nos collègues sur leur décision, M. le Secrétaire général est prié de les renouveler une dernière fois encore.

M. Dromain expose qu'à la suite de la catastrophe du Bazar de la Charité et au cours de la réunion consécutive du conseil général des sociétés médicales d'arrondissement, un des membres présents proposa qu'un Service fût fait à la Madeleine en mémoire des médecins et de leurs proches victimes de la catastrophe. La proposition fut votée par le Conseil et le service eut lieu. La Société médicale du VIe arrondissement était représentée au conseil général, lorsque fut prise la décision, par MM. Dromain, Genesteix, Depasse et Verchère sur la proposition duquel (la Société ne pouvant être préalablement consultée) il fut décidé provisoirement d'engager la Société pour une somme de 100 francs dans les dépenses occasionnées par le service de la Madeleine, engagement que M. le Président vient proposer aujourd'hui à l'approbation de ses collègues.

M. Chevallereau, invoquant l'article des statuts qui interdit, au cours des séances de la Société, toute discussion politique ou religieuse, demande que la proposition de M. le Président ne soit pas discutée.

M. Dromain s'étonne de la motion de M. Chevallereau, car il ne s'agit, dans la discussion présente, d'aucune manifestation soit religieuse, soit politique, mais seulement d'un acte de bonne confraternité et de solidarité médicales. Le conseil général n'a pas voulu, en agissant comme il l'a fait, poser une question de doctrine ou faire une manifestation cléricale, mais a entendu montrer que, lorsqu'ils sont éprouvés, les membres du corps médical savent s'unir et se soutenir. Un service à la Madeleine, toutes les victimes

étant catholiques, avait donc paru remplir toutes les conditions de simplicité et de recueillement que réclamait l'acte de solidarité que l'on voulait accomplir.

M. Chevallereau insiste sur ce qu'une manifestation faite dans une église avait de forcément religieux et critique l'intention cléricale que l'on peut être tenté d'y voir.

M. Dromain assure à nouveau qu'il n'y a eu dans tout cela aucune idée de manifestation religieuse (nullement du reste dans l'esprit de la majorité des membres du Conseil) et ajoute qu'il n'a abordé ce sujet à la séance de la Société que pour demander aux membres présents, en dehors de toute considération cléricale ou politique, si leurs collègues qui les représentaient au conseil général ont eu tort ou raison de rentrer dans les vues de la majorité de ce conseil et d'appuyer de leurs votes et de la participation pécuniaire de la Société la manifestation de solidarité professionnelle et de bonne confraternité qui a eu lieu à la Madeleine.

M. Bonnefin fait remarquer que plusieurs personnages politiques très en vue et dont les idées anticléricales sont très connues ont toutefois trouvé tout naturel d'assister au service de Notre-Dame.

M. Dauchez ajoute que les plus éloignés de l'idée de religion se rendent à l'église, à l'enterrement d'un ami, sans penser faire ainsi acte de cléricalisme, et la manifestation critiquée par M. Chevallereau est de même nature.

M. Machelard tient à donner tout spécialement son adhésion au vote du Conseil, ayant été lui-même au service de la Madeleine par simple sentiment de confraternité et en dehors de toute considération religieuse.

M. Dromain met alors aux voix la ratification des engagements pris au nom de la Société par quatre de ses membres ; cette ratification est votée à l'unanimité moins une voix.

M. le Président demande ensuite si l'on approuve la participation pécuniaire de la Société pour une somme de 100 francs. Après avis de M. le Trésorier sur l'état des finances de la Société, cette participation est approuvée.

M. Depasse, après s'être excusé de ne pouvoir faire son rapport sur la candidature de M. Sainton, dont la thèse ne lui est pas encore parvenue, lit un exposé sur *La Protection du premier âge dans le département de la Seine en* 1895.

A la suite de cette lecture, M. Depasse ajoute qu'il s'est toujours très bien trouvé de faire nourrir l'enfant par sa mère dans les jours qui suivent la naissance, la mère dût-elle ne pas continuer la nourriture et cela parce que le développement normal de l'enfant s'en trouvait ainsi très efficacement influencé. Du reste, malgré toute la surveillance protectrice exercée sur les enfants placés en nourrice, on ne parvient pas toujours à combattre l'insouciance ou la méchanceté des nourrices ; c'est ainsi que certaines d'entre elles se font, moyennant des rétributions plus ou moins fortes, les complices des parents pour faire disparaître les enfants et qu'une d'elles, qui fut du reste condamnée aux travaux forcés, avait introduit dans le rectum d'un enfant une longue épine qui amena une péritonite par perforation et qu'une autre avait tué son nourrisson en lui frappant la tête contre un mur.

M. Pruvost donne l'épilogue d'une observation dont il a déjà entretenu la Société et qui concernait un malade atteint d'entérite infectieuse. Une rechute eut lieu chez ce malade avec abattement et fièvre intense à la suite de l'absorption de café. En même temps que la fièvre, un souffle de congestion très net s'entendait à l'auscultation du poumon gauche et était accompagné de toux survenant en quintes. Un purgatif léger améliora l'état général, mais le malade ayant repris une seconde fois un aliment à l'insu de son entourage, une rechute eut lieu ; enfin de nouveau il va mieux. M. Pruvost voit dans cette observation un exemple de la relation étroite qui peut exister entre les affections du tube digestif et celles de l'appareil respiratoire.

M. Dauchez signale à la Société le cas d'un enfant de 6 semaines qui depuis 14 jours est atteint d'érysipèle. Cette affection, après avoir débuté autour de l'ombilic, puis avoir gagné successivement les aines, le scrotum, les cuisses et avoir formé des sortes de phlyctènes suivies d'ulcérations, gagna les jambes et les pieds qui devinrent très tuméfiés et s'étendit peu à peu à tout le corps ; en même temps la température s'élevait à 40°,6 le soir et 39 le matin, l'agitation de l'enfant était extrême et tous les traitements employés restaient sans résultat et faisaient craindre un dénouement fatal, malgré tous les toniques et excitants donnés pour fournir de la force de résistance au petit malade qui n'avait pas cessé toutefois de prendre voracement le sein de sa mère.

C'est alors que le Dr Blet proposa l'usage du sérum de Marmoreck, qui fut administré à la dose minime de 3 centimètres cubes. A la suite de la première injection, la température tomba et l'érysipèle céda au moins comme couleur, la teinte pâle succédant à la teinte rouge, tandis que le bourrelet cutané persistait. Devant ce résultat, les injections furent répétées à la dose de 3 centimètres cubes le matin et de 2 à 3 le soir. Ce traitement continua à améliorer l'état général, mais jamais la température ne redevint normale et l'érysipèle, plus modifié qu'entravé, continue actuellement encore à s'étendre. L'infection persiste donc encore, mais le petit malade pourra peut-être la dominer et en tous cas ce moyen thérapeutique mérite d'être retenu et essayé dans les cas d'infections streptococciques, dont le pronostic est si terrible chez les jeunes enfants, et d'autant plus que ce traitement a déjà donné des résultats favorables à MM. Roger et Charmoy dans le service de M. Budin.

Quant à l'étiologie de l'infection dont il s'agit, M. Dauchez pense qu'il faut la rapporter à un furoncle suivi d'abcès que la mère de l'enfant eut au sein.

M. Wuillaumenet. Mes chers collègues, vous m'avez fait l'honneur de me charger de vous faire le compte-rendu des travaux présentés par M le Dr Gauja, à l'appui de sa candidature. Deux mémoires me sont parvenus par l'intermédiaire de notre excellent secrétaire général : l'un intitulé « la kératose pilaire » est une monographie complète de cette affection bizarre qu'on confond souvent avec l'ichthyose ; l'autre a trait à l'alcoolisme.

Le diagnostic de la kératose pilaire est en général facile, dit le Dr Gauja, pour quiconque en a observé quelques cas ; la confusion entre elle et l'ichthyose n'est pas possible, si l'on tient compte de l'élément papuleux typique de la kératose et si l'on remarque que les régions respectées par l'ichthyose sont précisément celles qui sont atteintes par la kératose, telles que le cuir chevelu, la face, le cou, et qu'au membre la kératose ne peut laisser quelques doutes que vis-à-vis du pityriasis rubra pilaire.

Quant à l'étiologie et à la pathogénie, l'affection est égale dans les deux sexes, elle existe surtout entre 20 et 30 ans et l'âge indemne est la première enfance et la vieillesse ; l'hérédité a droit à une large place dans l'étiologie. Notre confrère arrive aux conclusions suivantes : « La ké-

ratose pilaire s'observe surtout à la face, au cuir chevelu ; elle afflige au moins un tiers de l'espèce humaine, elle est déterminée primitivement par une malformation congénitale de la peau et se développe sous l'influence de conditions secondaires au premier rang desquelles se place l'action des agents irritants extérieurs ; la maladie est enrayée dans sa marche par un traitement approprié.

Le deuxième travail a pour titre : l'alcool et l'alcoolisme.

L'auteur nous montre l'alcoolique comme un véritable danger pour la société ; c'est un être faible cérébralement capable des pires inspirations et entrant pour plus de la 1/2 dans les pensionnaires des prisons ; peuplant les hôpitaux et les asiles d'aliénés. Alors qu'en 1885 la moyenne d'alcool pur consommé, soumis aux droits fiscaux, le seul que puisse suivre la statistique, a été pour toute la France de 3 litres 85 par tête d'habitant, elle n'était que de 2 litres 84 en 1873. Si encore on avait remplacé le vin et l'alcool obtenu par sa distillation, l'alcool vinique, par des boissons aussi peu malfaisantes ! Mais le vin se raréfiant, devenant plus cher, l'alcool est fourni par la distillation des cidres, poirés, fruits secs, blés, maïs, pommes de terre, carottes, résidus de féculeries, mélasses, etc., de la sorte on obtient des alcools amyliques, butyliques, surtout amyliques provenant des pommes de terre, grains, betteraves, lequel est un poison terrible, car MM. Dujardin-Beaumetz et Audigé ont établi par des expériences sur les chiens qu'il suffisait de 1 gr. 70 d'alcool amylique par kilogrammes du poids du sujet auquel on le fait absorber pour le tuer en 24 heures : un homme, par exemple, du poids moyen de 80 kilos serait tué par une dose de 136 grammes. Il faudrait 640 grammes d'alcool étylique pour obtenir le même résultat. L'auteur nous trace ensuite un tableau de l'alcoolisme aigü que vous connaissez tous et qui est un empoisonnement cérébro-spinal, car c'est dans les centres nerveux que réside la maladie et qu'elle y détermine des troubles d'ordre intellectuel, sensoriel et moteur. Un chapitre intéressant est consacré à l'avenir de l'alcoolique lequel finit le plus souvent par la tuberculose, bien heureux s'il n'a pas fait souche d'enfants le plus souvent sujets à des tares héréditaires, et candidats à l'hystérie et à l'épilepsie. L'auteur termine son travail par l'appréciation des législations sur l'alcoolisme et des problèmes de médecine légale que soulève la responsabilité d'un homme qui a commis un délit ou un crime en état d'alcoolisme.

Vous venez de voir, mes chers collègues, d'après ce rapide et succinct compte-rendu, l'intérêt que présentent ces deux monographies, et je suis convaincu qu'en admettant le Dr Gauja dans son sein, la Société du VIe arrondissement fera un excellent choix ; les travaux d'ailleurs dont je viens de vous entretenir lui donnent droit à une place honorable au milieu de nous.

Un des secrétaires annuels : Dr G. Angelet.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 janvier 1898. — Présidence de M. E. Delens.

Sarcome du vagin. — M. Ricard fait un rapport sur une observation adressée par M. Huguet (d'Aumale). Il s'agissait d'une petite fille de 6 ans, présentant une tumeur venant saillir entre les petites lèvres. Après anesthésie on fit l'ablation et on constata que le pédicule était attaché à 3 centimètres de la vulve avec du pus dans le vagin. L'examen histologique montra que l'on avait affaire à un fibrosarcome.

Devait-on enlever au thermo-cautère ou au bistouri. C'est le bistouri qu'employa le Dr Huguet et il fit des sutures à la soie. Peut-être eut-il été préférable de faire les sutures au catgut, qu'il n'eut pas été nécessaire d'enlever.

Ulcères perforants du duodénum. — M. Schwartz fait un rapport sur 4 observations adressées par MM. Rochard, Guinard, Sieur et Loysen. Les quatre malades ont succombé. Trois seulement cependant avaient été opérés. Dans le cas de Rochard existait une large perforation qui admettait la pulpe du doigt. La laparotomie permit d'oblitérer cette large perforation, mais le malade mourut deux heures après l'opération. Le deuxième malade, pris subitement également, subit la laparotomie six heures après le début ; la mort survint quatorze heures plus tard. Le cas de M. Sieur était un exemple rare de perforation sur la partie postéro-supérieure du duodénum. Dans le cas de M. Loysen, il s'agissait d'un dyspeptique, depuis quelque temps malade, qui fut pris subitement de symptômes graves qui permirent de faire le diagnostic de péritonite par perforation. Celle-ci siégeait sur la face antérieure du duodénum. L'état était tellement grave qu'il ne fut pas possible d'intervenir.

Collin dans sa thèse a publié tous les cas (262) de perforations du duodénum ; 195 fois l'ulcère était unique, 26 fois il y en avait 2. Il est le plus souvent sur la face antérieure du duodénum. Au point de vue des lésions, il s'agit presque toujours d'un ulcère atonique, en couronne, ovulaire, en entonnoir à tendance perforante. 42 fois sur 100 se fait la perforation. Il est donc plus souvent perforant que celui de l'estomac. Son siège est d'ordinaire voisin du pylore dans la première portion du duodénum.

Ce sont les symptômes de septicémie péritonéale par rupture de l'intestin qui entraînent le chirurgien à intervenir. C'est d'emblée des accident généralisés, sans que les malades aient auparavant donné le moindre symptôme qui ait fait penser à une lésion du duodénum.

C'est un ulcère latant. Aussi quand l'intervention devient indispensable, le malade est dans un état tellement grave que la mort est presque constamment le résultat de l'opération : sur 25 observations il n'y eut que 3 guérisons et il n'y à qu'un seul cas de guérison avérée.

M. Routier. Je suis intervenu dans un cas d'ulcère du duodénum, qui n'avait pas été diagnostiqué. Après laparotomie et lavage du petit bassin, rendu nécessaire par la présence d'une suppuration assez abondante. Pendant quelques jours tout semblait devoir guérir, mais tout s'aggrava et le malade mourut. A l'autopsie, il n'y avait pas de péritonite généralisée, mais une suppuration partant de la partie inférieure du foie, région où se trouvait une énorme perforation de la face postérieure du duodénum. L'abcès qu'elle avait provoqué devait exister depuis quelque temps, et lorsque avait éclaté la crise aiguë qui entraîna la mort du malade.

Corps étranger, épingle dans le genou. — Présentation de radiographies, par M. Schwartz.

Pince à écrasement. — Présentation d'instrument, par M. J.-L. Faure.

F. Verchère.

XII[e] CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

Tenu à Moscou du 19 au 26 août 1897.

(*Suite*) (1)

Traitement chirurgical de la tuberculose primitive du testicule. — M. Duplay. Après m'être longtemps adressé au curettage et à la cautérisation ignée pour détruire les foyers tuberculeux de l'appareil testiculaire, j'ai adopté depuis 1890 une méthode d'extirpation de ces foyers au bistouri, suivi de réunion, et j'en ai obtenu les meilleurs résultats.

Le procédé que j'emploie ne mérite pas, à proprement parler, le nom d'épididymectomie, car il ne s'applique pas à l'épididyme exclusivement et a pour but d'enlever au bistouri les foyers tuberculeux de l'appareil testiculaire qui siègent dans l'épididyme ou dans le testicule.

On fait une incision de dimensions suffisantes pour aborder les foyers tuberculeux, et on dissèque alors ceux-ci, comme on le ferait pour un néoplasme, sans se préoccuper des parties que l'on sectionne à la périphérie. Donc, si la tuberculose siège dans l'épididyme, on sépare cet organe du canal déférent; si les lésions ont envahi le testicule, je n'hésite pas à sectionner l'albuginée et le tissu sain de la glande pour les enlever complètement et je réunis ensuite l'albuginée avec quelques points de catgut fin avant de suturer la peau.

J'ai appliqué cette méthode dans une dizaine de cas.

Chez mon plus ancien opéré, l'intervention date actuellement de sept ans, et j'ai pu vérifier à plusieurs reprises que sa guérison s'était parfaitement maintenue.

Du pouls du cycliste. — MM. Roussy et Comte ont mesuré dans le laboratoire de M. Marey le pouls et la respiration d'un cycliste à des allures différentes et avec des résistances différentes. Ils ont remarqué que la vitesse du pouls était en proportion directe du travail accompli mais que la pression artérielle ne suivait pas cette proportion et qu'elle se maintenait basse.

Para-hérédo-syphilis de 2[e] génération. — M. Barthelémy (Paris). Ayant eu à observer un tabès confirmé chez une jeune fille hérédo-syphilitique, âgée de 20 ans, tabès ayant débuté à l'âge de 16 ans, et me demandant ce que devenaient ces descendants de syphilitiques, syphilitiques eux-mêmes, je n'ai eu, pour le savoir, qu'à ouvrir le beau livre de Fournier sur l'hérédo-syphilis tardive. Mais, poussant plus loin mes investigations, j'ai cherché à savoir ce que devenaient les enfants de ces hérédo-syphilitiques, sans que, bien entendu, une syphilis nouvelle fût intervenue; en d'autres termes, quelles sont pour les petits enfants les conséquences d'une syphilis acquise par le grand-père?

Je n'ai pas observé d'accidents syphilitiques vrais, purs, directs, à proprement parler; seul le contraire eût été étonnant. Qu'elle soit héréditaire ou non, la syphilis ne se transmet plus guère après 20 ou 25 ans, et c'est seulement à cet âge que les hérédo-syphilitiques de la 1[re] génération peuvent avoir des enfants dont l'observation soit apte à être étudiée utilement pour le problème que je me suis proposé d'élucider ici.

Divers exemples seront nécessaires pour que, nettement, la question soit posée; car plusieurs éventualités se présentent dont voici la synthèse :

1° Un homme, syphilitique avéré, se marie avant que le temps et le traitement aient pu le rendre inoffensif pour son entourage et pour sa descendance. Venu au monde quatre ans après le début de la syphilis paternelle, l'aîné de ses enfants, dans les trois mois qui suivent sa naissance, présente des syphilides cutanées, labiales, etc., et une hérédo-syphilis vraie. Plus tard, de l'iritis, des arthropathies, des troubles de conformation, de croissance, de nutrition, notamment des dystrophies dentaires caractéristiques, non-seulement à la 1[re], mais à la 2[e] dentition; bref, les stigmates non douteux de l'hérédo-syphilis directe. Après bien des difficultés, le malade finit pas résister définitivement à l'infection, par prendre le dessus, il grandit, se développe, devient homme, puis père... Eh bien! au point de vue de la conformation, de la santé, de la race, quels sujets seront ces enfants?

2° Un autre homme a de la syphilis à 24 ans, s'en traite peu ou pas et meurt de syphilis cérébro-médullaire à l'âge de 47 ans. L'aîné de ses enfants fut une fille venue au monde avant terme, à sept mois, qui ne présenta jamais aucun accident de syphilis pure, avérée; elle fut petite, chétive, débile, délicate et difficile à élever, resta infantile et réalisa un type de la para-hérédo-syphilis directe de 1[re] génération, c'est-à-dire qu'elle fut porteuse d'un certain nombre d'anomalies qui n'auraient certainement pas existé sans la syphilis paternelle, mais que le traitement spécifique et habituellement heureux modificateur de la syphilis ne peut en rien améliorer. Mariée à 17 ans, elle a maintenant deux enfants, l'un de 6 ans, l'autre de 3 ans; que seront ces enfants au point de vue anthropologique?

Dans l'un et l'autre cas, sans qu'ils aient jamais présenté de symptômes quelconques de syphilisation vraie, il y aura des troubles de nutrition, de croissance, de conformation tels que l'influence hérédo-syphilitique ne pourra pas être niée, ni même mise en doute, par tout observateur compétent.

On peut suivre ainsi à plus lointaine échéance l'influence du virus syphilitique, non plus seulement sur l'existence et sur la santé d'un homme, mais encore sur les générations successives, et assister à la déchéance graduelle de la race humaine, quand les éléments puissants de relèvement ou d'épuration n'interviennent pas; et parmi ceux-ci, il faut compter le traitement de la syphilis et son ancienneté chez celui qui l'a acquise, et aussi le traitement approprié des états parasyphilitiques et enfin l'état indemne de la mère.

De l'emploi des bougies en gomme pour combattre les affections catarrhales chroniques de la trompe et de la caisse, par M. le Dr E. Ménière (de Paris), médecin adjoint des sourds-muets. — Actuellement, la thérapeutique des inflammations aiguës de l'oreille est nettement établie et donne tous les bons effets qu'on doit attendre lorsqu'elle est mise en pratique par des médecins exercés.

Il est loin d'en être de même pour la thérapeutique de la surdité due à des états morbides chroniques de nature catarrhale, de la trompe, de la caisse tympanique et des organes qu'elle renferme.

Pendant longtemps les insufflations d'air ont été la base

(1) V. *France médicale*, n° 35, 36, 37, 38, 39 et 40.

du traitement. Puis, les otologistes y ont ajouté les insufflations médicamenteuses et les injections liquides.

Il y a deux ans, M. Garnault a proposé, dans le cas d'ankylose, l'extraction des osselets et la mobilisation de l'étrier en intervenant chirurgicalement par le décollement du pavillon et l'évidement de la paroi supérieure du conduit auditif osseux.

Enfin, dernièrement, M. Mounier a proposé une méthode permettant d'arriver au même résultat en agissant directement sur le conduit sans décoller le pavillon.

Ces procédés n'ont pas encore donné des résultats assez nets et assez probants pour qu'on puisse les employer avec certitude dans la pratique courante. Il faut attendre les résultats que pourront fournir l'expérience, et une plus longue observation.

S'il est bien de rechercher à être utile aux *grands sourds*, par des méthodes chirurgicales ingénieuses, Il est bon aussi de porter ses efforts sur les moyens susceptibles de guérir la maladie, au début, ou tout au moins d'empêcher son aggravation.

C'est ce que je vais essayer de démontrer.

Les affections catarrhales de la trompe et de la caisse sont une des causes des plus fréquentes de la diminution lente et progressive de l'ouïe. Il est reconnu que ce sont les maladies du pharynx nasal qui, par propagation, envahissent la trompe et la caisse des sujets présentant un terrain plus ou moins propice. Mais, j'insiste sur ce point que, dans la plupart des cas, c'est la trompe qui est touchée la première.

La muqueuse s'altère, s'épaissit, et rend difficile ou impossible l'échange d'air entre la caisse et le pharynx nasal, échange qui est un acte physiologique essentiel.

Cette imperméabilité du canal tubaire produit à la longue des modifications dans le revêtement interne de la caisse, amenant à leur suite une diminution d'audition qui a tendance à s'accentuer petit à petit.

C'est contre ces états morbides si sérieux dans leurs conséquences qu'on emploie les douches d'air..., etc... Mais, comment imaginer que des insufflations variées puissent *modifier une muqueuse tubaire malade*?

Depuis bien des années, j'ai eu l'occasion de soigner beaucoup de personnes affligées de surdité assez grave, plus ou moins ancienne, qui avaient été soumises pendant des semaines, des mois, et même des années à des insufflations diverses sans avoir obtenu le moindre bénéfice. J'ai eu alors la pensée de reprendre la méthode de traitement par les bougies, indiquée autrefois par nos vieux maîtres. Bonnafond surtout avait insisté sur les bons effets de ce genre de traitement, qui fut abandonné dans la suite.

Dans tous les traités classiques, les auteurs mentionnent cette médication, mais d'une façon assez superficielle, et comme un moyen ne donnant que peu d'avantages.

Avec de la persévérance, et, en améliorant ma technique, j'ai pu obtenir des succès assez nombreux et durables.

Je ne prétends pas qu'on peut guérir tous les scléreux, et leur rendre une audition normale. Mais, lorsqu'on peut donner à un sourd qui n'entend la voix qu'à 1 mètre ou 2, une amélioration lui permettant de converser à 7 ou 8 mètres, j'estime que le service est de nature à nous valoir un peu de reconnaissance.

Je possède des centaines d'observations aussi nettes qu'il est possible de le désirer.

Il me suffira d'en citer quelques-unes.

Le premier cas est typique.

Observation I. — Mlle X..., 25 ans, a eu en février 1886 une otite catarrhale aiguë, suivie d'un écoulement muco-purulent assez abondant. L'audition, très fine avant, diminua considérablement. En juillet 1887, les deux oreilles sont sèches, mais l'ouïe très faible. Le médecin qui la soignait ordonna des frictions avec la pommade iodurée, puis commença les insufflations d'air, qui furent suivies de bourdonnements d'oreille presque constants.

En 1888 et 1889 continuation du cathétérisme avec périodes de repos.

En 1893, on constate une déformation du tympan droit; l'audition est très faible surtout à droite.

En 1894, continuation des insufflations d'air.

En 1895, la malade est conduite chez un autre otologiste qui ordonna une solution bromurée à l'intérieur, et comme traitement local les insufflations d'air, sans résultat.

Mlle X... resta 18 mois sans se faire soigner.

Elle me fut adressée en février 1897. L'examen objectif me fit voir un tympan droit déformé, sclérosé, et un tympan gauche un peu moins malade. Perception cranienne normale. L'audition à cette époque était :

Or. D. voix murmurée 1m, voix normale 2.

Or. G. voix murmurée 3m, voix normale 5.

Je commençai l'emploi des bougies qui me permit de constater un épaississement notable des muqueuses tubaires.

Après la 3me séance, audition :

Or. D. Voix murmurée 7m, voix normale 10.

Or. G. Voix murmurée 7m, voix normale 9.

Au moment actuel, août 1897, après 23 séances, voici l'état de l'audition :

Or. Dr. Voix murmurée 12m, voix normale 12.

Or. G Voix murmurée 12m, voix normale 12.

L'oreille gauche beaucoup moins malade au début a été plus longue à modifier. Mlle X... se considère comme guérie, car elle entend *normalement*.

Dans cette observation, trois points essentiels sont à noter :

1° La possibilité d'obtenir le retour de l'audition normale, alors qu'il existe des lésions tympaniques remontant à plus de 10 ans.

2° L'inefficacité absolue du traitement par le cathétérisme et les insufflations gazeuses longtemps continuées.

3° La rapidité des bons effets produits par l'emploi des bougies.

Obs. II. — M. X... Etranger, 60 ans, sourd depuis 9 ans. Sclérose tympanique, rétraction de la membrane, catarrhe tubaire avec diminution du calibre de la trompe. Perception cranienne bonne. A été soigné pendant plus de 3 mois à Paris, 38 séances d'insufflations.

Voici l'état de l'audition lorsqu'il s'est présenté chez moi :

Or. Dr. Voix murmurée contre Or., voix normale 1m.

Or. G. Voix murmurée 0.50c', voix normale 2m50.

Après 5 séances, où la bougie reste en place de 5 à 10 minutes.

Or. D. Voix murmurée 3m50, voix normale 6m.

Or. G. Voix murmurée 5m00, voix normale 8m.

Enfin après la 14e séance :

Or. D. Voix murmurée 6m, voix normale 8m50.

Or. G. Voix murmurée 7m, voix normale 10m00.

Ce malade, obligé de quitter Paris, se propose de revenir

plus tard. Il m'a écrit au bout de trois mois que son état était resté sensiblement le même.

Voici encore un exemple très net de l'inefficacité des insufflations continuées longtemps.

Obs. III. Mme X... Étrangère affectée de surdité assez forte depuis quatre ans.

A l'examen objectif, je trouve une sclérose marquée des deux tympans, avec rétraction de la membrane et état granuleux de la muqueuse de la trompe.

A été soignée en Allemagne pendant plus de deux mois, par le cathétérisme seul, sans aucun résultat.

Lors de son arrivée chez moi, voici l'état de son audition :

Or. D. Voix murmurée 2^m, voix normale 5^m.

Or. G. Voix murmurée 5^m, voix normale 7^m.

Après 4 séances :

Or. D. Voix murmurée 6^m, voix normale 8^m.

Or. G. Voix murmurée 9^m, voix normale 12^m,

L'audition alla en s'améliorant sans toutefois arriver à l'état normal.

Je me permets donc d'insister sur les excellents effets d'une méthode thérapeutique simple dont les résultats sont évidents.

Elle a aussi comme avantage de renseigner l'otologiste en 7 ou 8 séances sur l'utilité probable ou non de son intervention.

Technique opératoire. — J'ai déjà indiqué dans mon manuel d'Otologie clinique les détails de la technique ; je crois bon d'y revenir.

Je proscris d'une façon absolue les bougies en baleine, comme trop rigides, et les bougies en celluloïd parce qu'elles sont fragiles et peuvent se briser dans la trompe.

En Angleterre, à la clinique de Hinton, on a abandonné autrefois la médication par les bougies à cause d'accidents graves survenus après rupture dans la trompe.

En se servant des bougies en celluloïd, c'est vraiment aller de gaité de cœur au-devant du danger.

Les seules bougies vraiment parfaites sont les bougies en gomme. Bénas en fait d'excellentes. Leur diamètre doit varier de 1/2 millimètre à 2 millimètres. Elles doivent avoir 20 centimètres de longueur, et à partir du quinzième centimètre — Longueur du cathéther — être marquées d'un point de repère de centimètre en centimètre. On sait alors exactement à quelle profondeur on pénètre.

On doit tremper les bougies dans la teinture d'iode iodoiodurée — simple ou double. — Je regarde ce médicament presque comme un spécifique des affections catarrhales. De plus il a un pouvoir microbicide considérable.

Jamais, en aucune circonstance, je n'ai observé la moindre complication, quand on agit avec douceur. La bougie peut rester on place depuis vingt secondes jusqu'à une heure et plus Il n'est besoin d'aucune pince pour tenir sonde et bougie.

Cette méthode thérapeutique n'est applicable aux affections tubaires qu'après disparition des phénomènes aigus. Elle permet de guérir plus vite et plus sûrement les catarrhes de la trompe alors que la maladie est sur le point de devenir chronique. Je l'ai déjà exposée il y a plusieurs années dans un mémoire présenté à l'Académie de médecine.

Une longue expérience me permet de poser les conclusions suivantes :

1° Employer une bougie dès la première séance de cathétérisme. C'est un moyen de diagnostic ;

2° Le cathéter doit avoir à son extrémité un diamètre intérieur de 1 mm. 1/2 à 2 mm. afin de permettre le passage de bougies suffisamment grosses ;

3° Se servir exclusivement de bougies en gomme, sans olive, et légèrement coniques à leur extrémité ;

4° Les insufflations d'air, de vapeurs, seules, sont inefficaces dans la grande majorité des cas. Elles sont inutiles lorsque l'affection chronique est ancienne ;

5° On doit tremper les bougies dans la solution iodo-iodurée ;

Iode métallique..... } ää 1 gramme.
Iodure de potassium. ... }
Eau distillée..... 13 —

Les doses du médicament peuvent être doublées.

6° La bougie, suivant les cas, peut rester en place d'une minute à 1 heure ;

7° Quelquefois le malade ressent une légère sensation de chaleur dans l'arrière-gorge ;

8° Chez certains sujets, on observe parfois après l'application de la bougie, une diminution de l'audition durant une ou plusieurs heures, disparaissant le soir ou le lendemain ;

9° Dans quelques cas, la vaporisation de quelques gouttes de vaseline liquide pure produit de bons effets ;

10° L'emploi de cette méthode permet à l'otologiste — comme je l'ai dit plus haut — d'être fixé sur la possibilité ou la non possibilité de rendre service aux malades.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

(11e *session, tenue à Paris du* 18 *au* 23 *octobre* 1897.)

(*Suite* (1).

De l'hystérectomie abominale totale comme temps préliminaire de l'extirpation des kystes papillaires intraligamentaires. — M. Delagénière (du Mans). L'extirpation complète des kystes papillaires parovariens est souvent impossible ; et le chirurgien doit reconnaître son impuissance en marsupialisant la poche. Dans deux cas que nous avons opérés avec succès, nous avons pratiqué comme temps préparatoire de l'intervention l'extirpation complète de l'utérus dans le but de créer une brèche centrale, donnant accès sur les parois du kyste et sous le péritoine pelvien. L'opération, faite dans ces conditions, a pu être menée à bien sans grandes difficultés. Voici quels en sont les temps principaux.

Le ventre ouvert, on recherche l'utérus et on place une pince sur son fond, pour le maintenir fortement soulevé. On isole l'organe, de haut en bas, c'est-à-dire du fonds vers le col ; on commence en avant pour le séparer de la vessie, puis en arrière pour atteindre le vagin qu'on ouvre encore et qu'on repère ; on isole ensuite les parois latérales ; puis on enlève l'organe en sectionnant circulairement le vagin autour du col. Des pinces sont placées sur les vaisseaux qui donnent. Le kyste apparaît dans la brèche ; on le saisit et on commence son énucléation en suivant ses contours et en augmentant la brèche par une section du ligament large. Lorsque le bassin est évidé, on reconstitue le plancher pelvien en suturant le péritoine ; puis on place

(1) Voir *France Médicale*, nos 43, 48 et 49, 1897.

un drain dans le cul-de-sac de Douglas et on referme la cavité abdominale.

Des relations de l'appendicite et des affections des annexes. — M. le Dr H. Delagénière (du Mans). J'ai déjà eu l'occasion (1) d'attirer l'attention sur la coïncidence de l'appendicite dans certaines affections septiques des annexes. Je crois aujourd'hui qu'il y a plus qu'une simple coïncidence et que l'appendicite dont il s'agit est une appendicite spéciale, consécutive aux lésions annexielles. Cette opinion est fondée sur l'étude de cinq malades que j'ai opérées récemment. Chez l'une, j'ai pratiqué la castration abdominale totale ; chez les quatre autres l'ablation des annexes malades, et chez les cinq j'ai trouvé l'appendice malade et j'ai réséqué. Ces cinq malades ont parfaitement guéri, et leur étude m'a permis de tirer les quelques conclusions suivantes :

1° L'appendicite dont il s'agit est une appendicite folliculaire à marche lente, mais évoluant comme l'appendicite folliculaire classique.

2° Cette appendicite doit être diagnostiquée avant l'opération, afin de recourir à la voie abdominale pour l'intervention ; mais ce diagnostic est souvent malaisé. Néanmoins, les symptômes gastro-intestinaux succédant aux symptômes des salpingites ; la présence à droite de crises douloureuses survenant en dehors des périodes menstruelles, et rappelant en petit la crise d'appendicite, le point douloureux classique, etc., constituent pour nous une symptomatologie suffisante *pour choisir la voie abdominale*. En effet, il importe absolument d'enlever l'appendice malade en même temps que les annexes sous peine de faire une opération incomplète et d'avoir un échec thérapeutique.

3° Au point de vue de la pathogénie, les appendicites folliculaires qu'on rencontre en même temps que les lésions septiques des annexes ont une origine purement intestinale. La colite ou la typhlite qui préparent l'appendicite sont consécutives aux lésions inflammatoires des annexes, qui se propagent à l'intestin par contact, adhérence, puis formation d'abcès.

4° Le traitement consiste à réséquer l'appendice au ras du cæcum. On reconnaîtra que l'organe doit être enlevé aux signes suivants : présence d'adhérences mêmes lamelliformes ; sensation kystique perçue vers l'extrémité libre ou sur un point quelconque ; présence de corps étrangers qu'on ne peut pas refouler dans l'intestin ; enfin arborisations vasculaires intenses à la surface séreuse de l'appendice.

(1) Voy. *Arch. méd. d'Angers*, mars 1897, p. 133.

VARIÉTÉS

Les Sociétés de secours mutuels.

Voici un extrait d'une circulaire adressée aux préfets par le ministre de l'intérieur et relative aux sociétés de secours mutuels.

« Le rapport annuel adressé par mon administration sur les opérations des sociétés de secours mutuels en France, pendant l'année 1895, fait ressortir que les frais de maladie supportés par ces sociétés ont augmenté d'une année à l'autre dans des proportions considérables et véritablement inquiétantes pour leur avenir. Cela tient à deux causes principales que le rapport en question met en évidence : 1° l'abus des ordonnances médicales ; 2° l'admission dans les sociétés, à titre de membres participants, des sociétaires dont l'état de fortune les classe plutôt parmi les membres honoraires.

Dans une circulaire en date du 15 avril 1891, un de mes prédécesseurs a déjà mis en garde les administrateurs des sociétés de secours mutuels contre les dépenses pharmaceutiques exagérées. L'augmentation énorme de ces dépenses en 1895 sur l'année 1894 appelle de nouveau mon attention, et je vous prie de vous reporter aux termes de la circulaire précitée pour inviter ces administrateurs à contrôler plus rigoureusement le service de la visite de leurs malades.

D'autre part, les médecins des sociétés de secours mutuels se plaignent que des sociétaires dont l'aisance leur fait un devoir d'être membres honoraires se font inscrire et sont acceptés en qualité de membres participants, et bénéficient ainsi, lorsqu'ils sont malades, des soins médicaux au prix réduits accordés à la mutualité.

Si les rangs des mutualistes sont ouverts à tous les travailleurs de situation précaire ou modeste, il n'est pas juste que des gens aisés, qui ont le moyen de payer, le cas échéant, les médecins au tarif de leur clientèle ordinaire, obtiennent gratuitement, en versant une minime cotisation, les visites médicales, les médicaments et même une indemnité pour les journées où la maladie les empêche de vaquer à leurs occupations habituelles.

Tel n'est pas le but des sociétés de secours mutuels ; elles ont été créées surtout pour les laborieux qui vivent de leur salaire. Les plus fortunés doivent en être les soutiens naturels en leur consacrant leurs loisirs et leurs conseils, et ils font acte de bons citoyens en leur accordant, à titre de bienfaiteurs, la cotisation exigée des membres participants. Cette catégorie de sociétaires existe dans presque toutes les sociétés. C'est généralement lorsqu'elles se fondent que la confusion se produit. Les fondateurs sont heureux de recruter le plus grand nombre possible d'habitants de la commune pour grossir le fond social, et, sans s'arrêter à la différence des situations, ils les admettent instinctivement selon leur désir aussi bien en qualité de membres participants que parmi les membres honoraires. C'est là une erreur de calcul qu'il est nécessaire de rectifier.

Je tiens donc à ce que les sociétés de secours mutuels sachent bien qu'il est de leur intérêt de se renseigner sur la situation de leurs adhérents et qu'il leur appartient de ne pas attribuer à ceux qui peuvent être membres honoraires les avantages alloués aux participants. En conséquence, les fondateurs ou administrateurs devront apporter la plus grande circonspection dans la réception des nouveaux sociétaires participants et engager les anciens, dont la situation de fortune dénote plus que l'aisance, à entrer dans la catégorie des membres honoraires. »

CORRESPONDANCE

Une nouvelle conséquence de l'affaire Laporte.

Mon cher Directeur,

Permettez-moi de vous demander l'hospitalité pour cette lettre qui est destinée à faire connaître une nouvelle con-

séquence désastreuse de la condamnation si sévère prononcée contre notre confrère le Dr Laporte. Il s'agit d'un jeune confrère, arrivé depuis peu dans une localité, qui se trouve appelé pour un cas de dystocie grave et qui, redoutant les commentaires du public, a préféré s'abstenir alors qu'une intervention courageuse aurait pu sauver un enfant et peut-être la mère.

Voici le fait dont j'ai été témoin :

Le Dr D... habitant la petite ville de B..., à trois heures de Paris, est appelé le 22 décembre à trois heures du matin, auprès d'une dame X..., primipare, âgée de 31 ans, venue de Paris pour faire ses couches dans la petite ville de B... Il trouve une sage-femme qui devait faire l'accouchement et la malade en pleine attaque d'éclampsie à forme convulsive. Le travail commence, pas de dilatation. Il se hâte d'introduire avec difficulté un ballon dilatateur de Champetier de Ribes. Quand il revient au bout de quelque temps il trouve le ballon descendu et un pied avec. Le second pied descendit bientôt puis le corps, mais la tête resta solidement enclavée dans un bassin rétréci. Il essaya toutes les manœuvres classiques, mais sans succès. La tête était en travers, il lui fut impossible de faire une application de forceps : la malade était sans connaissance et dans un état très grave.

Notre confrère sentait le péril, il comprenait qu'il fallait une intervention rapide mais difficile pour sauver cet enfant (application de forceps, manœuvre de Mauriceau, au besoin symphysiotomie). Il pensa que l'enfant pouvait succomber, que la mère pouvait mourir rapidement de son éclampsie. Il songea qu'il était dans le pays depuis moins de trois mois, que la famille de la malade habitait Paris. Il craignait les commentaires malveillants en cas d'échec, il se rappela la condamnation du Dr Laporte, il eut peur. Il se décida pour l'abstention et déclara au mari qu'il ne voulait rien faire et qu'il fallait appeler un autre médecin pour terminer l'accouchement.

Le mari affolé téléphona dans deux villes voisines sans trouver de médecins disponibles. Comme il me connaissait il me télégraphia à une heure où je n'étais pas rentré chez moi. Le temps s'écoulait, huit heures s'étaient passées depuis l'engagement de la tête, l'enfant avait succombé, la mère était toujours sans connaissance.

Notre confrère le Dr D... entrevoyait la perspective d'une basiothripsie et il était parfaitement résolu à laisser succomber la mère plutôt que de l'entreprendre. Quand j'arrivai au milieu de la nuit, la tête avait pu s'accommoder et elle était sortie. La mère était dans un état comateux.

J'interrogeai la sage-femme qui m'avoua n'avoir jamais examiné la malade au point de vue du rétrécissement du bassin. Elle savait que la malade avait les jambes enflées, qu'elle était essoufflée, mais elle n'avait pas trouvé ces signes suffisants pour examiner les urines !

Quand j'ai quitté la malade, elle était toujours dans un état semi-comateux, malgré le traitement judicieux institué par le Dr D... (chloral, émissions sanguines).

Notre confrère s'est trouvé évidemment dans un cas très difficile, mais il a été absolument terrifié par le souvenir de la condamnation du Dr Laporte. Une intervention très hardie aurait peut-être pu sauver l'enfant, car le rétrécissement était peu serré. Le Dr D... n'a pas osé se risquer. Après la mort de l'enfant, il était résolu à laisser les choses dans l'état, bien que l'enlèvement de la tête coûte que coûte fût la seule chance de salut pour la mère.

Je crois, mon cher Directeur, qu'il est utile de publier tous les faits qui nous montrent ce nouvel état d'âme de nos jeunes confrères. Ces faits pourront se grouper lors de la venue en appel du procès de notre confrère Laporte. Ils pourront éclairer les magistrats qui sont évidemment animés des intentions les plus droites, mais qui sans doute ne se rendent pas bien compte des difficultés terribles dans lesquelles un médecin peut se trouver engagé.

Veuillez agréer, mon cher Directeur, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Dr E. Le Bec, chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph.

NOUVELLES

Légion d'honneur. — Sont nommés ou promus :

Au grade de commandeur : MM. les Drs Debaussaux, médecin inspecteur, directeur du service de santé du 15e corps ; Goujon, sénateur, maire du XIIe arrondissement de Paris.

Au grade d'officier : MM. les Drs Bertrand, médecin en chef de la marine ; Layet, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux ; Zaepffel, médecin principal de 2e classe à l'hospice mixte de Saint-Etienne ; Vaillard, professeur au Val-de-Grâce ; Clément, Alphant, médecins-majors de 1re classe ; Hayem, professeur à la Faculté de médecine de Paris ; Jules Simon, médecin consultant de la maison d'éducation de la Légion d'honneur ; le professeur Raymond, médecin de la Salpêtrière.

Au grade de chevalier : MM. les Drs Hache, professeur à l'école de médecine de Reims ; Henric, médecin de 2e classe de la marine ; Vergne, de Tulle ; Treguier, Aubry, Lassabatie, Ménier, Duville, Le Méhauté, Vinas, Vignoli, médecins de 1re classe de la marine ; Colin, Christy, Riff, Brousses, Véron, Mary, Cazes, médecins-majors de 1re classe ; Namin, Bayrel, Rivière, Verdier, Pascaud, Auger, Leprêtre, Sibut, Bosc, Collinet, médecins-majors de 2e classe ; Bouchardat, professeur à l'école de pharmacie de Paris ; Heydenreich, doyen de la Faculté de médecine de Nancy ; Barth, médecin de l'hôpital Necker ; Edgar Hirtz, medecin de l'hôpital Tenon, Marchand, chirurgien de l'hôpital Boucicault ; Martin, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur ; Ramonat et Chevalet, médecins à Paris ; Bourée, de Châtillon-sur-Seine ; Bourgeois, président du Conseil d'arrondissement des Andelys ; de la Bellière, conseiller général de la Manche ; Fauré, conseiller général de la Gironde ; Berthollet, de Grenoble ; Fabre, chirurgien des hôpitaux du Puy ; Darlan, médecin de l'hôpital de Nérac, Warenghem, médecin en chef de l'hôpital de Calais ; Escorne, de Saint-Yriex ; Mlle Bottard, surveillante à la Salpêtrière ; M. Merveilleux, médecin principal des colonies, et M. Rousselot-Bénaud, médecin de première classe des colonies.

Hopitaux de Paris. — La réforme du concours pour les places de médecin. La Société médicale des hôpitaux, sur le rapport de M. Dreyfus-Brisac, a voté à une grande majorité les conclusions suivantes :

1° Substitution du vote secret au vote à mains levées dans toutes les épreuves, avec engagement d'honneur pris par les membres du jury de ne jamais faire connaître leur vote ;

2° Institution d'un concours unique annuel où seraient données toutes les places vacantes, jusqu'à concurrence de six ;

3° Remplacement du jury unique actuel par deux jurys, présidant l'un aux épreuves d'admissibilité, l'autre aux épreuves de nomination. Chacun de ces jurys, exclusivement composé de médecins chefs de service, compterait quatorze membres. Le second jury serait constitué avant la publication de la liste des admissibles ; ne pourraient en faire partie les médecins qui auraient refusé de faire partie du premier ;

4° Fixation du nombre des admissibles au triple des places à donner, avec un minimum de dix.

Pour ce qui concerne la nature des épreuves, la Société a voté le maintien des épreuves d'admissibilité telles qu'elles existent actuellement. Elle propose, par contre, les modifications suivantes aux épreuves de nomination :

1° Remplacement de l'épreuve de deux malades par deux épreuves : *a*) une leçon sur un malade, de vingt minutes de durée, après vingt minutes dont le candidat disposerait à son gré pour l'examen du malade et la préparation de la leçon ; *b*) une consultation écrite sur un malade : vingt minutes seraient accordées au candidat pour l'examen clinique, y compris l'analyse des urines, et une heure pour la rédaction de la consultation ;

2° Publicité, après chaque épreuve, du diagnostic détaillé formulé par le jury dans les épreuves cliniques.

Reste, maintenant, à faire approuver ce projet de réforme par le Conseil de surveillance de l'Assistance publique.

Concours de l'internat. — *Épreuve orale.* — Les séances auront lieu à l'Administration centrale, les lundis, mercredis, vendredis, à quatre heures trois quarts.

La première séance aura lieu vendredi 7 janvier 1898, à l'amphithéâtre de l'Administration.

Sont admis à subir l'épreuve orale, les candidats ayant obtenu 18 points au minimum, et, parmi ceux ayant obtenu 17 points, MM. Roglet, Le Maguet, Lucius, Ertzbischoff, Lortat-Jacob.

Hôpitaux de Paris. — M. Lermoyez, médecin de Saint-Antoine, est chargé d'une consultation d'oto-rhino-laryngologie, dans les locaux dépendants de la Maison de secours (28, rue des Citeaux), annexé à l'hôpital Saint-Antoine.

Sont nommés assistants suppléants de consultation à partir du 1er janvier 1898 : MM. Brésard, à Boucicaut ; Lapointe, à Broca ; Ravanier, à Broussais, et Riche, à la Pitié.

Faculté de médecine de Nancy. — M. le docteur Bouin (André-Pol) est nommé chef des travaux d'histologie, en remplacement de M. Simon, appelé à d'autres fonctions.

École de médecine de Poitiers. — M. Chédevergne, professeur de clinique médicale, est nommé directeur de ladite école.

Hôpitaux de Rouen. — M. le Dr Bataille vient d'être nommé chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Hopital de Tunis. — M. le Dr Braquehaye, ancien interne des hôpitaux de Paris, agrégé de la Faculté de Bordeaux, vient d'être, après un concours devant la Faculté de Montpellier, nommé chirurgien en chef du nouvel hôpital français de Tunis.

Corps de santé militaire. — Sont promus :

Au grade de méd. princ. de 1re cl. — (Choix.) M. Blaise, méd. princ. de 2e cl., méd. chef de l'hôp. milit. de Toul, en rempl. de M. Reech, retr. Maintenu prov. à son poste actuel.

Au grade de méd. princ. de 2e cl. — (Choix.) M. Eude, méd.-maj. de 1re cl., méd. chef des salles milit. de l'hosp. de Châlons-sur-Marne, en rempl. de M. Blaise, promu. Maintenu à son poste act.

Au grade de méd.-maj. de 1re cl. — Les méd.-maj. de 2e cl. : 1er tour (anc.) M. de Balthasar de Gacheo, au 138e d'inf., en rempl. de M. Colin, retr. Maintenu à son poste act. — (Tour de la non-activité.) M. Passabosc, méd.-maj. de 1re cl., en rempl. de M. Alphant, retr. Dés. pour le 60e d'inf. — 2e tour (choix.) M. Boisson, répét. du serv. de santé milit., en rempl. de M. Eude, promu. Maintenu à son poste act. — 1er tour (anc.) M. Petit au 81e d'inf. Maintenu à son poste act. — 2e tour (choix.) M. Prieur, au 51e d'inf. Maintenu à son poste act.

Au grade de méd. maj de 2e cl. — Les méd. aide-maj. de 1re cl. ; 2e tour (choix.) M. Deumier, au 62e d'inf., en rempl. de M. Fuzerot. Maintenu à son poste act, — 3e tour (anc.) M. Merlat, au 22e d'art., en rempl. de M. Janicot. Dés. pour le 124e d'inf. — (Tour de la non act.) M. Sibut, méd. maj. de 2e cl. hors cad. au sap. pomp. en rempl. de M. Soula. Maint. à son poste act. — 1er tour (anc.) M. Busquet au 57e d'inf., en rempl. de M. Jouet, dém. Maint. à son poste act. — 2e tour (choix) M. Lucy, au 26e de drag, en rempl. de M. Balthasar de Gachéo, promu. Dés. pour le 121e d'inf. — 3e tour (anc.) M. Roy au 14e d'art., en rempl. de M. Boisson, promu. Dés. pour le 147e d'inf. — 1er tour (anc.) M. Tessier, au 1er tir. algér., en rempl. de M. Petit, promu. Maint. à son poste act. — 2e tour (choix) M. Vielle, aux hôp. mil. de la div. d'Alger, en rempl. de M. Prieur, promu. Dés. pour la place d'Alger.

Mutations. — Les méd.-maj. de 1re classe : M. Chupin est dés. pour l'éc. d'appl. de Saumur (médecin-chef). — M. Yvert est dés. pour l'hôp. mil. de Bordeaux. — M. Ravenez est dés. pour les salles mil. de l'hosp. de Besançon. — M. Douart est dés. pour les hôp. mil. de la div. d'Alger.

Les méd.-maj. de 2e classe : M. Brousse est dés. pour le 1er zouaves. — M. Lemoine est dés. pour le 122e d'infanterie. — M. Fockenberge est dés. pour le 84e d'infanterie. — M. Frache est dés. ponr le 1er chass. à pied. — M. Peyret est dés. pour les hôp. mil. de la div. de Constantine. — M. Sturel est dés. pour le 5e chass. d'Afrique. — M. Claqué est dés. pour 51e d'infanterie.

Les aides-maj. de 1re classe : M. Aune est dés. pour le 14e d'artillerie. — M. Lemarchand est dés. pour le 1er zouaves. d'Alger. — M. Ponsot est dés. pour le 26e dragons.

Les aides-maj. de 2e classe : M. Vandenbosche est dés. pour le 22e d'artillerie. — M. Rouffiandis est dés. pour le 134e d'infanterie. — M. Vignal est dés. pour le 1er d'artillerie. — M. Thiébaut est dés. pour le 25e chass. à pied.

Les concours. — La *Gazette des hôpitaux* publiait dans son numéro du 21 décembre dernier l'entrefilet suivant :

« La semaine dernière, au concours de la médaille d'or de chirurgie, les candidats les plus en vue se sont retirés après la première épreuve, laissant seul, devant le jury, le candidat qu'ils considéraient, à tort ou à raison, comme le favori.

« En même temps, au concours d'agrégation en médecine qui se tient en ce moment à la Faculté de Paris, douze des candidats parisiens se sont retirés, et non ceux de moindre valeur, laissant le jury en face de candidats qui passent pour devoir être écoutés d'une oreille plus favorable.

« Nous nous bornons, en ce moment, à signaler ces deux faits qui se sont déroulés simultanément devant deux jurys différents.

« Cette grève de candidats, qui jugent d'avance leurs juges, est un signe des temps. Nous l'avions prévue et annoncée il y a déjà six ans, lors d'un concours d'agrégation resté fameux. Nous nous réservons, s'il y a lieu, de revenir sur ces incidents. »

Le président des deux jurys, M. le prof. Bouchard, a adressé à ce propos la lettre suivante à notre confrère M. Lereboullet, directeur de la *Gazette hebdomadaire*.

Mon cher ami,

« La *Gazette hebdomadaire*, dans son numéro du 23 décembre, reproduit sans commentaires un article de la *Gazette des hôpitaux* que je relève seulement parce que je le trouve dans un journal auquel j'ai eu l'honneur de collaborer. Cet article, à propos du concours de la Médaille d'or (chirurgie) et de l'Agrégation (médecine), contient des allégations qui manquent d'égards à la fois pour les juges et pour la vérité.

« Comme président de ces deux jurys, laissez-moi vous dire que, pour le concours de la médaille, les trois nominations on été faites à l'unanimité des cinq juges ; d'où il faudrait conclure que le sort, en puisant par cinq fois dans l'urne qui contenait les noms de tous les médecins, de tous les chirurgiens et de tous les accoucheurs des hôpitaux n'en a pu extraire le nom d'un seul juge équitable. Laissez-moi vous dire aussi que, malgré la *grève des candidats*, vingt-trois candidats parisiens se sont présentés pour se disputer les cinq places d'agrégés mises au concours. J'ajoute que, pour ce concours de l'agrégation, j'ai la conviction que les décisions finales seront, comme il y a six ans, assez conformes à la justice pour nous valoir, comme il y a six ans, des colères dont je m'honore.

« Bien à vous. BOUCHARD ».

Société française de tempérance. — Le bureau de la Ligue Nationale contre l'alcoolisme (*Société française de tempérance*) pour 1898, est constitué de la façon suivante :

Président : Dr A. Motet;

Vice-présidents : Drs Bouchereau et Gouraud, MM. Cheysson et Glandaz;

Secrétaire général : Dr E. Philbert;

Secrétaires généraux adjoints : Drs Audigé et Moreau (de Tours);

Secrétaires [illegible] Roubinowitch;

Archiviste : Dr Cruet;

Trésorier : M. Bartaumieux.

Journaux de médecine. — Nous recevons le premier numéro des *Archives des maladies des enfants*, publiées sous la direction de J. Comby, par MM. Brun, Grancher, Hutinel, Lannelongue, Marfan, Moizard et Sevestre. Si chacun de ces auteurs collabore réellement, les *Archives des maladies des enfants* sont assurées de tenir une bonne place.

Ce premier numéro contient des travaux originaux de MM. Comby, Soca (de Montevideo) et Sabouraud, une revue générale et des analyses.

Hopital Saint-Louis. — Le Dr Bazy continuera à l'hopital Saint-Louis, les mardis et samedis à 9 h. 1/2, les consultations qu'il faisait à l'hopital Tenon sur les maladies des voies urinaires ; il fera les mêmes jours les opérations qui se rapportent à ces maladies.

Institut psycho-physiologique, 49, rue Saint-André-des-Arts. — CONFÉRENCES DU SEMESTRE D'HIVER 1897-98. — Jeudi 13 janvier, à 5 heures, M. le Dr Bérillon, inspecteur adjoint des asiles publics d'aliénés, fera une conférence sur : « Le grand hypnotisme et l'École de Paris (Ch. Richet, Charcot, Mesnet, Luys et Dumontpallier). » Cette conférence sera accompagnée de projections à la lumière oxydrique.

Jeudi 20 janvier, à 5 heures, M. le Dr Dumontpallier, membre de l'Académie de médecine, fera une conférence sur : « Comment j'ai été conduit à l'étude de l'hypnotisme. — La métallothérapie et les expériences de la Pitié. » (Cette conférence sera accompagnée de projections à la lumière oxydrique).

Jeudi 27 janvier, à 5 heures, M. le Dr Tison, docteur ès sciences, fera une conférence sur : « La physiologie du neurone. — Applications des travaux de Branly à l'étude de la conductibilité nerveuse. »

Jeudi 3 février, à 5 heures, M. le Dr Bérillon fera une conférence sur : « La pédagogie suggestive et l'orthopédie mentale. » (Cette conférence sera accompagnée de démonstrations expérimentales).

Jeudi 10 février, à 5 heures, M. le Dr Paul Farez, licencié en philosophie, fera une conférence sur : « L'hypnotisme considéré comme procédé d'expérimentation en psychologie. »

Jeudi 17 février, à 5 heures, M. Jules Bois fera une conférence sur : « La suggestion dans les grimoires et dans les documents relatifs à l'ancienne magie (évocations, incantations, philtres, charmes et envoûtements). »

Jeudi 24 février, à 5 heures, M. Eugène Caustier, professeur agrégé de l'Université, fera une conférence sur : « Psychologie comparée : L'évolution sexuelle et les combats des animaux pour la suprématie. » (Cette conférence sera accompagnée de projections à la lumière oxydrique).

Jeudi 3 mars, à 5 heures, M. le Dr Max Nordau fera une conférence sur : « La paralysie générale : signes précoces et formes frustes de la paralysie générale. »

Jeudi 10 mars, à 5 heures, M. le Dr Bérillon fera une conférence sur : « La psychologie de la vision et l'évolution de la fonction visuelle. » (Cette conférence sera accompagnée de démonstrations des Rayons de Rœntgen, par le Dr Dagincourt).

Jeudi 17 mars, à 5 heures, M. le Dr Henry Lemesle, avocat à la Cour d'appel, fera une conférence sur : « Les [illegible] criminels. »

La plupart des conférences seront accompagnées de présentations de malades, de démonstrations cliniques de psychothérapie, de démonstrations expérimentales et de présentations d'appareils.

Nécrologie. — Le Dr BOH, de Paris, reçu en 1878. — Le Dr de PREZ CRASSIER, du Hâvre. — Le Dr LEMERCIER, du Hâvre, reçu en 1856. — Le Dr BÉRAUD (J.) de Charlieu (Loire) reçu en 1853. — Le professeur ZACCHARINE, de Moscou.

DYSPEPSIES. — *Vin de Chassaing.* — Pepsine et Diastase.
ALIMENT DES ENFANTS. — Phosphatine Falières.
CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.
NEUROSINE PRUNIER. — Phosphoglycérate de chaux pur.
LYMPHATISME, SCROFULE, RACHITISME : Fucoglycine Gressy.

CAPSULES DARTOIS 0,05 véritable CRÉOSOTE de HETRE
CATARRHES, PHTISIE, TUBERCULOSE, 3 ou 4 à chaque repas

SACCHAROLÉ de quinquina **VIGIER**, 1 cuillerée à café au repas.

Le Gérant : A. CHEVALLEREAU.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone.*